DE LA CATARACTE

N° 200.

ET

DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE PAR ABAISSEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AUGUSTIN BRUNET,

Membre correspondant du Cercle chirurgical de Montpellier, etc., etc.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin, *Suppléant.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MON TRÈS-HONORÉ PÈRE,

Docteur en médecine, Chevalier de la Légion-d'Honneur, Médecin de la première succursale de la maison royale d'éducation de Saint-Denis; Membre honoraire du cercle médical de Paris, et de plusieurs autres sociétés savantes.

A MONSIEUR CARRIÈRE,

MON PARENT.

Gage d'attachement et d'éternelle reconnaissance pour tous les bienfaits que j'en ai reçus.

AUGUSTIN BRUNET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin, *Suppléant.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MON TRÈS-HONORÉ PÈRE,

Docteur en médecine, Chevalier de la Légion-d'Honneur, Médecin de la première succursale de la maison royale d'éducation de Saint-Denis; Membre honoraire du cercle médical de Paris, et de plusieurs autres sociétés savantes.

A MONSIEUR CARRIÈRE,

MON PARENT.

Gage d'attachement et d'éternelle reconnaissance pour tous les bienfaits que j'en ai reçus.

AUGUSTIN BRUNET.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/delacatarachteet0006unse

DE LA CATARACTE

ET

DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE PAR ABAISSEMENT.

Généralités.

La cataracte est une maladie connue de toute antiquité, et son histoire nous offre la vérité, d'abord reconnue, puis abandonnée pendant long-temps pour reparaître ensuite.

Hippocrate et les médecins anciens désignèrent cette maladie sous le nom de γλωκομα (*vert de mer*), et en placèrent le siége dans l'opacité du cristallin.

Galien ayant ensuite professé que le cristallin était l'organe principal de la vision, on rejeta l'opinion d'*Hippocrate*, et on attribua cette affection à l'interposition d'un corps de formation nouvelle entre la pupille et le cristallin. Il donna à cette maladie le nom de *cataracte*, de καταρασσω, *troubler, confondre*. Ce ne fut qu'en 1604 que *Kepler*, astronome allemand, démontra que le cristallin, de nature transparente, ne pouvait servir à retenir les rayons lumineux, mais bien à les réfracter. De là le rejet de l'opinion de *Galien*, et le rappel de celle d'*Hippocrate*, par *Lasnier* selon les uns, par *F. Quarré*, selon les autres. Ils furent soutenus par *Borel*, *Blegny*, *Bonnet* et *Geoffroi*; et,

dans le siècle suivant, par les travaux de *Mery*, *Maître-Jean* et *Heister*. Vinrent ensuite *Barthélemy* et *Morand*, qui présentèrent à l'Académie des cataractes membraneuses.

Cette maladie est également propre aux deux sexes, plus commune chez le vieillard, plus rare chez l'adulte. Elle peut être congéniale. Les faits nombreux la peuvent faire regarder aussi comme héréditaire dans quelques familles : celle de mon père en offre un malheureux exemple, dont il est aujourd'hui la victime.

Étiologie.

Les causes de cette maladie sont peu connues. *Maître-Jean* l'attribuait à une humeur acide qui ternissait le cristallin; *Saint-Yves*, à une matière âcre qui le corrompait, etc. Mais la maladie commençant ordinairement par le centre, comment faire agir ces matières? Cependant on peut ranger parmi les causes l'action prolongée d'une lumière très-vive, celle de l'insolation, les vapeurs acides, alcooliques, les poussières calcaires, les travaux microscopiques, enfin tout ce qui peut déterminer l'inflammation du système visuel. La vieillesse, la suppression d'un exutoire, celle d'un flux sanguin habituel, la rétropulsion d'une maladie exanthématique, d'un virus syphilitique, l'abus des liqueurs spiritueuses, des céphalalgies nombreuses, un coup de sang, peuvent être aussi considérés comme causes. Une plaie, une contusion à l'œil, peuvent produire une cataracte, mais elle n'affecte que l'œil lésé, et se développe spontanément : *Beer* l'attribue alors à la séparation du cristallin et de sa capsule.

Divisions.

Les auteurs varient sur les divisions à admettre pour la cataracte.

Beer en fait d'abord deux classes, la *vraie* et la *fausse*. Cette dernière, proprement dite *oblitération de la pupille*, est le résultat de la formation d'une membrane accidentelle, par suite de l'inflammation

de l'iris ou du cristallin ; elle peut aussi être due à un caillot de sang fixé derrière la pupille : croyant devoir à cette maladie refuser le nom de *cataracte*, malgré la ressemblance des effets, je la passerai sous silence.

Pour la cataracte vraie, *Beer* a créé quatre subdivisions, 1°. une *lenticulaire ;* 2°. une *capsulaire ;* 3°. une *mixte*, ou de *Morgagni ;* 4°. une *capsulo-lenticulaire.* Je suivrai, dans ma dissertation, la marche établie par cet illustre chirurgien, en regardant la quatrième division comme la réunion des trois autres, et à laquelle on peut appliquer tout ce qui sera dit pour les précédentes.

La cataracte cristalline ou lenticulaire est celle qui se borne au cristallin ; elle commence le plus ordinairement au centre, et de là s'étend à la circonférence. Quelquefois le contraire a lieu ; elle peut ne pas changer la densité ; il est cependant des cas dans lesquels le cristallin devient moins dense, dans d'autres très-dur, d'autres fois friable ; ou bien il semble en partie fondu en une matière blanchâtre, dans laquelle baignent des fragmens qui lui donnent un aspect floconneux : de là les noms de *caséeux, pierreux, plâtreux* et *laiteux* ou *purulent.* A tort on attribuait à l'ancienneté de la maladie la consistance plus ou moins grande du cristallin, et on fixait pour cette raison un terme de maturité ; l'expérience a fait reconnaître et rejeter cette erreur ; cependant plus le cristallin est petit, plus on le peut supposer consistant.

La couleur d'un cristallin cataracté est gris-jaune terne, ou gris argentin, quelquefois noir-brun ; la couleur n'est pas toujours uniforme en sa teinte, on peut y rencontrer des taches plus ou moins foncées, des stries ou des lignes. Il y a six mois, dans le service de M. *Lallemand*, à Montpellier, il s'est présenté une cataracte imitant une rosette de rubans. M. *Cloquet* a nommé *cataracte à trois branches* celle dans laquelle trois lignes partent de la circonférence pour se réunir au centre. Il les attribue à l'épaississement de l'humeur qui unit les trois parties dont le cristallin est formé chez l'enfant.

Le cristallin cataracté se retire quelquefois dans le fond de la

chambre postérieure de l'œil; d'autres fois il fait, en dehors de la pupille, une saillie en forme de cône ; le plus fréquemment il n'occasione à cette partie aucune altération.

La cataracte capsulaire ou membraneuse est celle qui embrasse la membrane capsulaire du cristallin ; elle peut être antérieure, postérieure ou complète, selon qu'elle envahit la partie antérieure ou la postérieure, ou la membrane en entier. La paroi antérieure, beaucoup plus épaisse, et douée d'un système vasculaire plus développé, est, plus souvent que la postérieure, atteinte de cette maladie. La simple inspection de l'œil, faite par côté, suffit pour faire reconnaître l'une de l'autre. La postérieure est obscure, profondément située et de forme concave; l'antérieure est nacrée, plus claire immédiatement derrière l'iris et de forme convexe. Dans la cataracte capsulaire complète, presque toujours l'humeur de *Morgagni* et le cristallin prennent part à l'affection de leur enveloppe. La cataracte membraneuse est primitive ou secondaire : primitive quand elle se développe spontanément, secondaire quand elle est la suite de l'inflammation qui naît d'une opération première subie par le cristallin cataracté, quand on a négligé de déplacer la capsule.

La cataracte mixte, ou de l'humeur de *Morgagni*, est une des variétés les plus rares de cette affection; elle est l'épaississement de l'humeur qui se trouve entre le cristallin et sa capsule. Sa couleur est un blanc de lait étendu d'eau ; les divers mouvemens de l'œil en changent la forme ; elle ne fait qu'obscurcir faiblement la vue, mais cet état ne peut durer sans amener une altération du cristallin et de la capsule. C'est ordinairement dans cette circonstance que le cristallin se trouve liquéfié.

Ce court exposé montre que chaque cataracte peut exister séparément; mais elles peuvent aussi exister simultanément, c'est ce qui a lieu dans le plus grand nombre de cas.

Les cristallins sont, pour la plupart, fixés immobiles derrière la pupille par des liens partant de la choroïde et de l'iris ; mais il se peut

que ces liens se distendent; alors le cristallin vacille, et pour cette raison, cette cataracte a pris le nom de *branlante.*

A toutes ces divisions de la cataracte, on peut en joindre deux autres encore qui, pour le praticien, doivent être d'une importance au moins égale, si elle n'est supérieure. Ce sont celles de la cataracte simple ou locale, et celles de la cataracte compliquée. Dans la cataracte simple, il ne doit exister aucune complication de maladie, soit proche, soit éloignée de l'œil.

La cataracte compliquée peut l'être de plusieurs manières, soit d'une autre maladie de l'œil lui-même, soit d'une maladie d'une autre partie du corps, maladie exerçant ou non une influence sur la formation de cataracte. La complication peut être double en quelque sorte, c'est-à-dire formée de maladies propres à l'œil, et de maladies de toute l'économie.

Les premières, que l'on pourrait dire *maladies locales*, sont : les adhérences de la capsule cristalline à l'iris ou au corps vitré, le glaucome, l'amaurose, le staphylome, le ptérygion, la dissolution de l'humeur vitrée, etc. Les autres complications, que l'on pourrait désigner du nom de *générales*, sont toutes celles qui attaquent l'économie, mais spécialement le scrophule, la syphilis, la teigne, la gale et les dartres, etc.

Symptômes.

Dans une cataracte ordinaire (celle qui se forme lentement, quelquefois en plusieurs années), les symptômes sont inappréciables au début de la maladie. Les premiers signes sont, l'affaiblissement de la vue sensible avant que l'opacité ne se puisse découvrir. Si la maladie n'envahit d'abord qu'un seul œil, cet affaiblissement peut rester longtemps ignoré. Bientôt d'autres caractères viennent se joindre à ce premier. Les objets que l'on fixe paraissent entourés d'une auréole qui en dérobe les contours, surtout s'ils sont d'une couleur blanche, des nuages floconneux semblent voltiger dans l'espace. Les corps lumineux se montrent entourés d'une vapeur d'autant plus épaisse

que le corps s'éloigne davantage. L'opacité du cristallin devient apparente, et avec elle la gêne augmente. Si le mal s'étend du centre à la circonférence, on ne peut plus distinguer que les objets placés de côté; la pupille se dilate, surtout vers la partie saine; aussi, dans le début, les malades distinguent-ils mieux les objets dans l'ombre qu'à une vive lumière; le contraire arrive quand la maladie est plus développée. L'action bien prononcée de la lumière sur la pupille explique ce phénomène. Arrivé à sa dernière période, le cataracté n'a plus que la conscience de la lumière intense et des ténèbres.

Pendant ce temps, la pupille peut perdre sa couleur noire, qui est remplacée par une couleur blanche, jaune, grise ou verdâtre. Tel est un des signes les plus caractéristiques de la maladie; mais dans les cas de cataracte noire, le médecin ne peut s'aider pour le diagnostic du changement de couleur; il ne peut s'éclairer que par la marche de la maladie soudaine dans l'amaurose, lente dans la cataracte, dans laquelle la pupille est encore mobile, surtout si elle est soumise à l'action des narcotiques, et par la conscience de la nuit et du jour que le malade a conservée. Dans l'amaurose, la pupille est terne, immobile, ne réflétant plus la lumière; la vue est complètement abolie. Si malgré ses recherches le médecin ne peut décider, après avoir éprouvé les moyens curatifs de l'amaurose, il peut tenter l'opération; car que risque-t-il, en cas d'erreur, sur un œil déjà perdu. On ne peut confondre la cataracte avec les taches à la cornée; l'inspection de l'œil faite de profil suffit pour reconnaître les dernières.

Traitement.

Dans la cataracte commençante, il se pourrait peut-être que l'on pût non la dissiper en entier, du moins obtenir un arrêt dans son développement par l'emploi de remèdes internes ou externes. La saignée, la ventouse, les scarifications, les fumigations, les vésicatoires, les cautères et les sétons, les émétiques, les sudorifiques, les sternutatoires, le calomélas, les préparations de ciguë, d'ellé-

bore, de pavot, furent mis en usage. *Spigel* publie des succès obtenus par l'huile de motelle; *Scultet*, par du fiel de brochet mêlé avec du sucre, etc., etc. On a aussi parlé de l'électricité. Dans les cas aussi où la cataracte commençante serait la suite d'une maladie, scrophule, syphilis, etc., elle pourrait disparaître par la guérison de la maladie qui en était la cause; mais une fois que la cataracte est bien confirmée, le seul moyen de guérison est l'opération, qui se peut pratiquer de trois manières différentes, par extraction, par abaissement ou par broiement. On cite cependant des guérisons spontanées opérées par les seules forces de la nature. Dans les unes, le cristallin fut absorbé; dans d'autres, il fut dissous; mais une partie de la capsule resta opaque. M. *Boyer* cite une guérison par le déplacement spontané du cristallin.

Malgré le haut degré de perfection auquel est parvenue la chirurgie dans cette opération, qui se présente si fréquemment, on ne peut répondre du succès, tant sont nombreuses les circonstances qui peuvent influer sur elle d'une manière défavorable. Outre le grand nombre de celles que l'on ne peut prévoir, il en est qui semblent défendre l'opération. Tels sont les cas dans lesquels le malade ne peut distinguer la lumière des ténèbres, la diminution ou l'accroissement de l'œil, l'immobilité de la pupille dilatée ou resserrée, la déformation du globe de l'œil; s'il est dur, bosselé, douloureux ou enfoncé; les taies à la cornée, l'inflammation des paupières ou leur peu d'ouverture, le larmoiement, les écoulemens purulens et l'état variqueux des vaisseaux. On peut encore mettre au nombre des contr'indications les complications de maladies locales ou générales, les longues et fréquentes céphalalgies qui ont précédé ou accompagné la formation de la cataracte, les maladies chroniques, l'irritabilité ou la timidité du malade, les rhumatismes, les catarrhes, les érysipèles, les convulsions, les épilepsies, le scrophule, l'hypochondrie, l'hystérie, la grossesse, l'insuccès d'une première opération, et si une blessure est la cause de la maladie.

Parmi les contr'indications se trouvent l'immobilité de la pupille

et la non possibilité de distinguer la lumière des ténèbres. Ces caractères sont, en effet, ceux de l'amaurose ; mais ne pourrrait-il pas se faire que le premier fût causé par l'adhérence de la capsule cristalline à l'iris, par suite d'une inflammation, et le second dû à une opacité complète? L'espoir de rendre la vue à un homme qui en est privé ne pourrait-il pas, dans ce cas, autoriser l'opération en prévenant toutefois de l'incertitude du succès ?

Si des circonstances nombreuses sont des contr'indications de la cataracte, il en est aussi qui lui semblent favorables : telles sont l'affection simple sans complication, la bonne conformation de l'œil et des paupières, une constitution que n'ont point altérée des maladies sérieuses, la docilité, le genre de vie du malade, la mobilité de l'iris et la faculté de distinguer les ténèbres de la lumière.

La couleur de la cataracte est, selon quelques auteurs, un indice sur les résultats de l'opération ; selon d'autres, elle n'en peut fournir aucun.

Pour reconnaître une cataracte et l'état de l'iris, signe caractéristique de celui de la rétine, on place le malade devant une fenêtre ; on lui ferme les paupières, et on lui couvre les yeux avec les mains, pour rendre l'action plus sensible ; on exerce même sur la paupière quelques légères frictions avec les pouces ; puis, relevant subitement la paupière, on s'assure si le passage subit des ténèbres à la lumière fait contracter la pupille ; ce qui arrive s'il n'y a pas amaurose. Mais l'amaurose peut se trouver incomplète, conserver une partie de sa mobilité, et l'opération amènerait la maladie à sa dernière période. Il faut alors suivre le conseil de M. le professeur *Boyer*, qui est de comparer l'affaiblissement de la vue à l'opacité du cristallin, et de s'enquérir des symptômes de l'invasion de la maladie.

La cataracte constatée, le seul moyen de rétablir la vue est d'enlever l'obstacle qui s'oppose au passage des rayons lumineux ; ce qui ne peut se faire que par une opération. Cette opération se pratique de trois manières, et chacune des trois amène des succès. Ces modes opératoires sont : par abaissement, par extraction et par broiement.

Cette dernière porte aussi le nom de *keratonixis*; elle est plus nouvelle et plus rarement employée.

Malgré l'idée fausse que les anciens avaient sur la nature et sur le siége de cette maladie, ils pratiquaient cependant pour la guérison l'opération par extraction et celle par abaissement, et ils ont laissé sur ces deux méthodes des détails très-positifs. Selon une tradition ancienne, la découverte de ce mode de guérir est due aux chèvres, qui s'enfoncent une épine dans l'œil, et recouvrent ainsi la vue lorsqu'elles sont atteintes de cataracte. *Galien* parle de médecins qui, à Rome et à Alexandrie, se livraient exclusivement à ce genre d'opération. *Celse* a décrit la méthode par abaissement, *Antyllus* celle par extraction. *Albucasis* rapporte, sur le témoignage d'un habitant de l'Irach, qu'en cette contrée, l'opération se faisait au moyen d'une aiguille creuse avec laquelle on pompait la cataracte. De semblables tentatives doivent incessamment être faites par un docteur italien, M. *Pichioli*, à l'aide d'une petite seringue qu'il a fait construire pour cet usage.

On ne doit opérer la cataracte que lorsque la vue est complètement abolie, et cela en raison de l'incertitude du succès. Il ne faut pas céder au désir des malades, qui demandent l'opération dès que leur vue se trouble.

Doit-on pratiquer l'opération chez une personne atteinte d'une cataracte sur un œil, et dont l'autre œil est resté sain? Les praticiens répondent à cette question d'une manière contradictoire. *Maître-Jean*, *Richter*, *Travers* et *Samuel Cooper* répondent par l'affirmative, s'appuyant sur des faits dans lesquels ils ont eu du succès. MM. *Lawrence*, le professeur *Dupuytren* et plusieurs autres répondent par la négative, et prennent pour raison que l'inflammation qui suit l'opération peut se communiquer à l'œil sain, y produire des taies, des ulcérations, des abcès, et compléter par là la cécité chez un sujet auquel un seul œil aurait suffi pour les besoins de la vie. M. *Cloquet* en cite un exemple.

Dans une cataracte double, celle qui envahit les deux yeux, les

deux opérations doivent-elles se pratiquer dans le même temps? Cette question a encore divisé les praticiens : *Scarpa*, MM. *Demours*, *Forlenze* et *Dupuytren* ne pratiquent la seconde opération qu'après la guérison de la première, trente jours environ; d'autres, au nombre desquels sont MM. les professeurs *Delpech* et *Lallemand*, opèrent toutes les deux à la fois, s'appuyant sur ce que l'inflammation, suite de l'opération, se communique aux deux yeux, et qu'en agissant en deux temps on expose les organes à deux inflammations. *Beer* professe une opinion mixte; il les conseille ensemble si elles présagent d'heureux résultats, et l'une après l'autre si les suites semblent menacer d'être douloureuses et incertaines.

Dans les cataractes congéniales ou celles qui atteignent l'enfant en bas âge, les praticiens sont encore divisés d'opinion : les uns professent qu'il faut attendre pour opérer que l'enfant ait acquis la docilité convenable; d'autres, que l'on peut opérer de suite, quel que soit l'âge.

L'opération de la cataracte n'obtient pas de résultats aussi avantageux dans toutes les saisons: le printemps et l'été sont plus propices; l'hiver et l'automne sont plus préjudiciables. Il faut choisir un moment de sécheresse, et éviter le règne d'affections épidémiques, principalement celui des ophthalmies, des coryzas, et de toutes les maladies dont le siége est à la tête.

Lorsque la cataracte est décidée, jugée praticable, quel que soit le mode opératoire, il est bon de préparer le malade, afin de prévenir, autant que possible, les accidens qui pourraient survenir pendant ou après l'opération; faire vomir, purger, mettre aux boissons laxatives ceux qui sembleraient menacés d'un embarras des premières voies. Chez les sujets très-sanguins, on peut pratiquer une saignée, et la faire de préférence au pied, y joindre les pédiluves; aux sujets faibles on peut prescrire des alimens analeptiques, les toniques, les amers. La pommade de *Janin* se peut employer si les yeux sont larmoyans, la conjonctive enflammée, et les paupières gonflées ou chassieuses. M. *Roux*, après l'emploi des pédiluves, des lavemens et des

boissons laxatives, place un vésicatoire à la nuque, comme dérivatif prophylactique.

On émousse une sensibilité trop vive par le contact répété du doigt ou d'un stylet.

Pour faciliter l'opération et prévenir les lésions de l'iris, beaucoup de praticiens dilatent la pupille en instillant dans les paupières une dissolution de belladone ou de jusquiame. M. *Roux* regarde ces narcotiques comme disposant l'œil à l'inflammation, et n'en permet l'usage que dans les cas d'urgence.

Après avoir ainsi disposé le malade selon les besoins jugés par le praticien, l'opération se fait avec plus de sécurité. Sans entrer dans les détails sur les méthodes des anciens, et les diverses modifications qu'elles ont subies jusqu'à ce jour, tant dans la forme des instrumens que dans la manière de les employer, je me bornerai à décrire un procédé employé par les maîtres dont j'ai pu suivre les leçons et compter les succès.

Je ne parlerai que de la méthode par abaissement, non pas que je veuille décider la question, encore en litige, sur la préférence à accorder à l'extraction ou à l'abaissement, mais bien parce que les traiter toutes deux serait donner trop d'étendue à ma dissertation, et qu'entre elles, puisque je dois choisir, j'accorde de droit la préférence à celle qui, dans les mains de notre habile professeur M. *Dupuytren*, vient de rendre la vue à l'auteur de mes jours.

La position que le malade doit prendre, assis ou couché, est encore l'objet d'opinions opposées entre les praticiens. La position horizontale pour l'extraction est tellement incommode, qu'elle ne peut guère être adoptée; mais pour l'abaissement elle est moins gênante; elle est admise par M. *Dupuytren* comme présentant l'avantage de laisser le repos au malade aussitôt après l'opération, et entrant ainsi pour beaucoup dans les succès qu'il obtient.

Le cataracté est placé dans un lieu suffisamment éclairé, de manière que le jour tombe latéralement sur l'œil malade : il est ordinairement assis sur une chaise un peu basse. L'œil sain ou celui que l'on

n'opère pas est couvert d'un bandeau ; la tête est appuyée sur la poitrine d'un aide placé derrière ; d'une main il la fixe, en la tenant par le menton ; de l'autre, il relève la paupière supérieure de l'œil à opérer. MM. *Delpech* et *Lallemand*, à l'exemple de *Scarpa*, arment cette main du releveur de *Pellier*, qui, s'engageant sous la paupière, la fixe de manière qu'elle ne peut glisser, comme sous le doigt, et que l'œil n'éprouve aucune pression. L'opérateur se place, vis à vis son malade, sur une chaise plus haute ; d'autres restent debout. Ceux qui s'asseient placent le pied sur un tabouret élevé, de manière à pouvoir poser le coude sur le genou qui sert de point d'appui. D'une main, l'opérateur abaisse la paupière inférieure ; de la droite pour l'œil gauche, et de la gauche pour l'œil droit. La main qui doit opérer saisit l'instrument avec les trois premiers doigts, le tenant comme une plume à écrire ; les deux derniers doigts se placent sur l'apophyse malaire. L'instrument est une aiguille dont la forme a beaucoup varié : les unes ont été rondes, d'autres en fer de lance, tranchant sur les côtés larges, étroites, courbes, droites, etc. Celle de *Scarpa* est légèremen tcourbée, plane à sa convexité, et séparée par une arête saillante dans le milieu de sa concavité ; la pointe ainsi se trouve triangulaire. Celle de M. *Dupuytren* est généralement adoptée en France; elle est aplatie, recourbée ; les bords en sont tranchans, et la pointe très-aiguë. Les manches de ces aiguilles sont taillés à pans, et marqués par des points vers la convexité de la lame. L'aiguille, tenue comme il vient d'être dit, doit pénétrer dans l'œil perpendiculairement, par la sclérotique, à une ligne et demie de la cornée, un peu au-dessous de l'axe transversal de l'œil.

Après avoir traversé la sclérotique, la choroïde et la rétine, l'instrument change de direction. Dirigé d'abord en avant, il l'est en arrière pour pénétrer devant la lentille. Il apparaît derrière la pupille ; l'opérateur, alors tournant la concavité vers le cristallin, le déprime, y implante la pointe de l'aiguille, et le porte en bas, en arrière et de dehors, en ramenant la main en haut, en avant et en dedans. Dans le cas d'adhérence à l'iris, il la détruit pour opérer ensuite le dépla-

cement. Il faut maintenir cette position abaissée, pendant le temps que le corps vitré prend la place qu'occupait le cristallin, afin de s'opposer à ce qu'il remonte. Profiter de ce temps pour inspecter la pupille, s'assurer si elle est bien nette, d'un aspect velouté; dans le cas où il y resterait quelques parties de la membrane antérieure, elles doivent être portées dans la chambre antérieure avec l'aiguille, que l'on sépare du cristallin par de légers mouvemens de rotation. Il faut, dans tous les cas, détruire cette membrane, dont l'épaississement, suite de l'inflammation consécutive, rendrait l'opération nulle, en produisant une nouvelle cataracte, qui est la membraneuse secondaire.

Quelques praticiens attaquent le cristallin par derrière, pour lui faire exécuter un mouvement de bascule, et le plonger ensuite : c'est inutilement compliquer l'opération.

D'autres se bornent à retirer le cristallin en bas et derrière la pupille; mais ils manquent le but, car alors l'humeur vitrée ne peut pas s'opposer au retour du cristallin, dont le trajet est droit et trop court.

Dans le cas de cataractes molles, lactescentes ou liquides, il ne peut y avoir déplacement du cristallin, qui s'écoule de lui-même dès que la membrane qui l'enveloppe est rompue : il faut alors détruire cette membrane, et la porter, par fragmens, dans la chambre antérieure, où ils se réunissent devant l'iris, et disparaissent par la macération et l'absorption. Si l'écoulement du cristallin liquide est assez abondant pour troubler la transparence de l'humeur aqueuse, à tel point que l'œil de l'opérateur ne puisse plus guider l'instrument, suivant le conseil de M. *Dupuytren*, on doit le retirer pour ne reprendre l'opération sur la membrane cristalline qu'après que la transparence est revenue, et non pas continuer l'opération, en se confiant sur les connaissances anatomiques, comme le pense M. *Scarpa*.

Le seul pansement, après cette opération, consiste à tenir l'œil fermé et couvert, pour ne l'ouvrir que le troisième jour. On peut

cependant soir et matin laver les paupières, pour empêcher qu'elles ne s'agglutinent ensemble.

Tel est le procédé opératoire par abaissement ou déplacement, facile à concevoir, facile à décrire : il est d'une exécution difficile, en raison de la délicatesse des parties sur lesquelles on opère, et de celles qui les avoisinent. Un œil petit, enfoncé, mobile; une inflammation chronique de la conjonctive ou du bord des paupières, accompagnée de sécrétion âcre ou irritante; les taches de la cornée et l'adhérence de l'iris à cette membrane, sont des cas exigeant ce mode opératoire dont les suites funestes peuvent être une irritation violente dans l'intérieur de l'œil : elle se traite par les antiphlogistiques. Un accroissement de chaleur, avec complication gastrique; des vomissemens, auxquels remédient les lavemens opiacés. La diète absolue doit être observée, excepté chez les personnes faibles et les vieillards.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant.

III.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit.

IV.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.

V.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum.